

**Dichiarazione ai sensi dell'art. 20, commi 1 e 2, del Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39  
Inconferibilità/Incompatibilità**

Il/la sottoscritto/a dr. FABIOLA ZORZI  
<sup>LE</sup>  
in qualità di dirigente ~~dipendente~~ dell'Azienda ULSS 5 Polesana, consapevole di quanto prescritto dall'art. 76 del DPR 445/2000 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni non veritiere, per formazione o uso di atti falsi e sotto la propria responsabilità

**D I C H I A R A,**

- ai sensi dell'art. 3, del citato D. Lgs. 39/2013, che non sussistono a proprio carico condizioni di **inconferibilità**;
- ai sensi degli artt. 9 e 12 del citato D. Lgs. 39/2013, che non sussistono a proprio carico condizioni di **incompatibilità**.

DICHIARA, inoltre

- di essere stato informato che, ai sensi dell'art. 20 del D. Lgs. 39/2013, la presente dichiarazione verrà pubblicata sul sito internet aziendale "Amministrazione Trasparente" e **si impegna a rendere analoga dichiarazione con cadenza annuale**;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente eventuali elementi ostativi;
- di essere informato ai sensi e per gli effetti di cui al D. Lgs. 196/2003 e del Regolamento Europeo 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogo e data ROVERETO 26.01.23

in fede

  
Dott.ssa Fabiola Zorzi  
Medico Chirurgo  
PD 9687